

## 連 絡 票

平成 年 月 日

医療機関名（診療科）

\_\_\_\_\_先生御侍史

現在、貴院入院・受診中の下記患者の介護支援専門員（ケアプラン作成者）として担当をさせていただくことになります。今後の介護保険制度におけるケアプラン作成において、先生に何かとご助言いただきたく存じますので、よろしく願い申し上げます。まずは、書中をもって御報告申し上げます。

## 記

利 用 者	氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日生
	住所						
	電話番号	( )					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					

ケ ア プ ラ ン 作 成 事 業 所	事業者名	
	住所	〒    —
	電話番号	( )
	F A X	( )
	担当介護支援 専門員等氏名	

※該当患者のカルテに添付いただきますようお願い申し上げます。

※在宅での状況は、別紙「居宅サービス情報提供書（介護と医療の連携用）」をご参照下さい。

※ケアプラン・介護保険サービス等にご意見・ご助言がございましたら、上記介護支援専門員等までご連絡下さい。

※この連絡票は、主治医と介護支援専門員の連携強化の為、一般社団法人八尾市医師会・八尾市介護保険事業者連絡協議会居宅介護支援事業者部会・八尾市高齢介護課の共同で作成されたものです。

一般社団法人八尾市医師会 八尾市介護保険事業者連絡協議会 居宅介護支援事業者部会 八尾市高齢介護課
--